

UNIVERSITÉ DE PARIS-V - RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1973

1074

N°
3

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

RAUX, née GIRAL Catherine

Née le 25 Décembre 1948, à Saint-Rémy-L'Honoré (78)

Présentée et soutenue publiquement le

1974

ÉTUDE DE LA SURVIE DES MALADES
ATTEINTS DE CANCER DE LA PROSTATE

Président : Mr. PÉQUIGNOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1973

UNIVERSITÉ DE PARIS-V - RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1973

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

RAUX, née GIRAL Catherine

Née le 25 Décembre 1948, à Saint-Rémy-L'Honoré (78)

Présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE DE LA SURVIE DES MALADES ATTEINTS DE CANCER DE LA PROSTATE

Président : Mr. PÉQUIGNOT, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1973

UNIVERSITEIT DE WAGENINGEN
FACULTEIT DE MEDICINE - TOEGANG TOEGANG

1954

THESIS

in

DE FARMACOLOGIE

afgegeven door

den

BAUX VAN DER KAM

WAGeningen, 1954



STUDIE DE DE WERKING VAN
DE FARMACOLOGIE

WAGeningen, 1954

WAGeningen, 1954

WAGeningen, 1954

1954

A MON FILS , Pierre-Emmanuel,

A MON MARI , Jean-François,

Avec toute ma tendresse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS,

Avec toute mon affection
et ma grande reconnais-
sance.

A MES SOEURS ET BEAUX-FRERES,

A MA TANTE ISABELLE,

A MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS.

A Monsieur le Professeur PÉQUIGNOT

Professeur de la Faculté de Médecine de Paris

Qui m'a inspiré le sujet de
ce travail et m'a guidée dans
sa réalisation,

Qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver
ici l'expression de ma pro-
fonde gratitude.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

Monsieur le Professeur BRICAIRE

Monsieur le Professeur CACHIN

Monsieur le Professeur SOULAIRAC

Monsieur le Professeur POSTEL

Monsieur le Professeur LEPAGE

Monsieur le Docteur GINESTE

En témoignage de remercie-
ment pour leur enseignement.

ETUDE DE LA SURVIE DES MALADES

ATTEINTS DE CANCER DE LA PROSTATE

A large, symmetrical, star-like shape composed of many small asterisks. The shape is roughly triangular with a pointed top and a wide base, but with many internal indentations and protrusions, giving it a complex, crystalline appearance. It is centered on the page.

P L A N

I - INTRODUCTION.

II - OBSERVATIONS.

III - DIAGNOSTIC :

- Fréquence du cancer
- Répartition selon l'âge
- Circonstances de découverte
- Fréquence de l'association à un adénome de la prostate.
- Les différents examens permettant de poser le diagnostic de cancer de la prostate :
 - 1- Le toucher rectal
 - 2- Les phosphatases acides
 - 3- Les frottis
 - 4- La ponction-biopsie
 - 5- La recherche des métastases et l'étude du retentissement sur le haut appareil.

IV - TRAITEMENT :

A/- LES DIFFERENTS TYPES DE TRAITEMENT.

I- Le traitement médical :

1- Le traitement hormonal :

- a- L'oestrothérapie
- b- La corticothérapie

2- La chimiothérapie

3- La radiothérapie.

II- Le traitement chirurgical :

= Les interventions dirigées contre les troubles mictionnels :

- a- Prostatectomie totale
- b- Résection endoscopique trans-urétrale.
- c- Résection par voie trans-vésicale
- d- Enucléation
- e- Opérations élargies

B/- RESULTATS.

I- Le traitement médical :

1- L'oestrothérapie

a- Résultats immédiats :

- Résultats rapides et satisfaisants.
- Incidents.

b- Résultats lointains

2- La corticothérapie

3- La chimiothérapie

4- La radiothérapie.

II- Le traitement chirurgical :

a- Résultats immédiats.

b- Résultats lointains.

III- L'abstention thérapeutique.

V - DISCUSSION.

VI - CONCLUSIONS.

VII - BIBLIOGRAPHIE.

- I -

I N T R O D U C T I O N

De Novembre 1966 à Août 1973, nous avons recensé, sur les 4.134 malades hommes hospitalisés dans un Service de médecine interne, 57 malades porteurs d'un cancer de la prostate.

Il s'agit de médecine interne non discriminative et on doit rappeler que ce centre hospitalier comprend un Service de rhumatologie et un Service d'urologie.

L'échantillon de cancers prostatiques ainsi observés est évidemment, de ce fait, très particulier.

On peut distinguer deux catégories de malades quant aux motifs de l'hospitalisation.

- Les uns étaient hospitalisés pour une affection intercurrente, le diagnostic de cancer de la prostate étant déjà posé et le traitement en cours. Au cours de cette hospitalisation, un bilan de leur cancer était fait.

- Les autres entraient sans que le diagnostic soit soupçonné. Le cancer fut découvert dans le Service.

Du point de vue thérapeutique, peu de problèmes nous ont été posés, puisque bien souvent le malade entraît avec son diagnostic et on continuait le traitement hormonal institué.

Les rares interventions chirurgicales que nous avons proposées n'ont pas été effectuées dans un but curatif, mais comme traitement d'appoint pour lever des rétentions aiguës d'urine ou soulager des troubles mictionnels chroniques.

Le problème de l'abstention thérapeutique ne s'est pas posé, puisque nos malades étaient presque toujours vus à des stades tardifs et en tout cas porteurs de symptômes gênants.

- II -

OBSERVATIONS

= 39 malades traités médicalement :

- . 11 en vie,
- . 23 décédés,
- . 5 non revus.

= 13 malades traités chirurgicalement.

= 5 malades non traités.

□ □ □

39 MALADES TRAITES MEDICALEMENT

11 MALADES EN VIE

OBSERVATION N° 1

Mr. DE... Jules, né en 1886.

Février 1971 : Découverte du cancer prostatique.
Pollakiurie et dysurie.
Ponction prostatique : adénocarcinome peu différencié.

Antécédent d'adénomectomie en 1965.

Perfusion de ST₅₂, puis Distillène : 4 comp./ jour.

Mai 1971 : Petit globe vésical.

T.R. : prostate petite, indurée.

Métastase osseuse au niveau du bassin.

Phlébite du membre inférieur droit.

Août 1972 : Va très bien.

Distilbène 25 mg.

En vie après un an et demi de recul.

OBSERVATION N° 2

Mr. FE... Jean, né en 1914.

Janvier 1972 : Découverte d'un cancer de la prostate chez un homme se plaignant depuis 1964 de troubles mictionnels, hospitalisé pour hémianopsie latérale homonyme d'origine vasculaire.

T.R. : prostate hypertrophiée et indurée.

Frottis classe III.

Biopsie : adéno-carcinome bien différencié avec propagation périnerveuse.

Strontium 87 M : hyperfixation au niveau de L₄-L₅.

UIV normale.

Phosphatases normales.

Traitement : ST₅₂ : 3 comp./jour.

Radiothérapie : 5.000 rads en 5 semaines.

Septembre 1972 :

- Douleurs osseuses secondaires aux métastases; cédant sous perfusion de ST₅₂.

- Incontinence vraisemblablement séquellaire de la radiothérapie prostatique.

Décembre 1972 :

- Sciatalgies.

- Troubles mictionnels.

Bon état général.

Les phosphatases sont normales.

Traité par ST₅₂ : 3 comp./jour + Tofranyl et Valium, car le malade est déprimé.

Juin 1973 : Tuberculose pulmonaire.

Le problème prostatique semble stabilisé ; les troubles mictionnels sont très peu importants.

Recul : Un an et 7 mois.

OBSERVATION N° 3

Mr. SE... Emile, né en 1882.

1969 : Adénocarcinome prostatique traité par Distilbène.

Juin 1971 : Hospitalisé pour rééquilibration hydro-électrolytique.

Déshydratation extra-cellulaire.
Hématurie.

T.R. : prostate hypertrophiée, sensible, indurée.

Pas de métastases osseuses ni pulmonaires.

En vie après 2 ans d'évolution.

OBSERVATION N° 4

Mr. PA... Francois, né en 1895.

1969 : Découverte d'un cancer de la prostate à la suite d'un épisode de rétention aiguë d'urine.

Traité par 1 comp. de ST₅₂.

Août 1971 : Pollakiurie et dysurie.

T.R. : prostate douloureuse de volume normal.

Aucune métastase.

En vie après 2 ans d'évolution.

OBSERVATION N° 5

Mr. DA... Albert, né en 1903.

Avril 1970 : Hospitalisé pour hernie inguinale.

Antécédents : HTA.

Découverte : - d'un cancer prostatique,
- d'un rétrécissement aortique.

Octobre 1971 :

T.R. : noyau prostatique dur.

Phosphatases acides très élevées.

UIV : vessie soulevée avec discrète empreinte prostatique. Important résidu post-mictionnel.

Cytologie urinaire : absence de cellules néoplasiques.

Traitement : Distilbène : 50 mg/jour en traitement d'attaque ; puis 15 mg/jour en dose d'entretien.

Février 1972 : Va bien.

Cystographie : envahissement de la vessie.

Pas de métastases osseuses.

25 mg de Distilbène.

OBSERVATION N° 6

Mr. ZU... Pietro, né en 1891.

1968 : Suspicion de cancer de la prostate.

- T.R. : prostate indurée.

- Frottis classe III.
- Orchi-épididymite bilatérale.
- UIV : stase du rein droit.

Traité par ST₅₂.

Le malade arrête son traitement un mois après, pour intolérance digestive.

Janvier 1971 : Hydrocèle droite
Frottis classe III
Cystoscopie : vessie de lutte
T.R. : prostate de volume normal.

Mai 1971 : - Ascite et douleurs abdominales
- Pollakiurie.

L'examen montre :

- des métastases ganglionnaires, confirmées par la ponction ;
- des métastases péritonéales : ponction de 1 litre de liquide hémorragique; palpation de petits nodules sous-ombilicaux.

Traitement : 5-Fluoro-uracyl : 2 ampoules/jour
ST₅₂ : 6 comp./jour.

En vie après 3 ans de recul.

OBSERVATION N° 7

Mr. DA... Georges, né en 1908.

1964 : Découverte d'un cancer de la prostate à la suite d'un épisode de rétention aiguë d'urine.

Distilbène : 1 comprimé.

Octobre 1968 : Mise en place d'une sonde à demeure pour épisode de rétention.

T.R. : grosse prostate indurée.

U.I.V. : . Pas de retentissement du haut appareil.

. Volumineuse empreinte prostatique sur la vessie.

En vie après 4 ans de recul.

OBSERVATION N° 6

Mr. VE... Albert, né en 1923.

Juillet 1968 : Découverte d'un cancer prostatique.

- Sciatalgies.

- T.R. : induration localisée de la prostate.

Aucun signe fonctionnel urinaire.

- Phosphatases élevées.

U.I.V. : - léger redressement des uretères terminaux ;
- empreinte prostatique sur la vessie.

Pincement discal L₄-L₅.

Traitement : Perfusion de ST₅₂ entraînant la sédation des douleurs osseuses,
Puis Distilbène.

Décembre 1969 : Perfusions de ST₅₂ pour lombalgies.

Mai 1969 : Arrêt du traitement par le malade.

Novembre 1969 : Recrudescence des douleurs osseuses.
Troubles mictionnels.

T.R. : prostate légèrement hypertrophiée, peu indurée.

Les examens biologiques sont normaux.

Avril 1973 : Va très bien, avec 2 comp./jour de Distilbène. A repris ses activités normales.

En vie après 5 ans de recul.

OBSERVATION N° 9

Mr. LE BO... Georges, né en 1912.

1968 : Découverte du cancer.

- Dedème pénéo-scrotal très important.
- T.R. : prostate indurée avec nodule médian.

Phosphatases acides très élevées.

Métastases osseuses entraînant d'intenses douleurs.

Mise en place d'une sonde à demeure (mictions spontanées, mais résidu 500 cc).

Traité par 100 mg de Distilbène.

Juin 1971 : Troubles mictionnels.

T.R. : prostate indurée.

Les métastases osseuses augmentent.

Les phosphatases acides sont élevées.

ST₅₂ : 2 comp./jour.

Mars 1973 : Va très bien.

Pas de troubles mictionnels.

T.R. : prostate souple.

ST₅₂ : 1 comprimé un jour sur deux.

En vie après 6 ans de recul.

OBSERVATION N° 10

Mr. CR... Pierre, né en 1897.

1966 : Découverte d'un cancer de la prostate.

Distilbène : 2 comp./jour.

Avril 1969 : Hospitalisé pour phlébite de la jambe droite.

T.R. : prostate plate avec quelques formations nodulaires.

Cystographie : importante empreinte médiane
du plancher vésical de type prostatique. Evacuation
vésicale pratiquement nulle.

Infection urinaire.

Phosphatases normales.

Traitement : Tromexane
Distilbène.

Mai 1973 : Va bien.

Légère gynécomastie.

La prostate a un peu grossi.

Bon état général.

Prend 1 comprimé de Distilbène 25 mg/ jour.

RECU : 7 ANS.

OBSERVATION N° 11

Mr. DE... Eugène, né en 1882.

1954 : Cancer de la prostate.

Métastases osseuses sur le bassin.

Traité par 25 mg de Distilbène.

Septembre 1967 : Rétention aiguë d'urine.

Le toucher rectal est très douloureux.

Prostate très dure.

Fissure anale probable.

U.I.V. : retard de sécrétion bilatérale
+ images en boule au niveau des cavités pyélo-cali-
cielles.

Pathologie associée :

- Hépatite chronique ou cirrhose post-
hépatitique secondaire à une hépatite aiguë.

- Insuffisance cardiaque (antécédent d'in-
farctus du myocarde).

Distilbène : 1 comprimé.

En vie après 13 ANS de recul.

OBSERVATION N° 13

Mr. HA... René

Mars 1969 : - Traité par des implants de Stilboestrol pour un cancer prostatique.

- Insuffisance rénalo-chronique.

Antécédent d'adénomectomie en 1965.

Août 1969 : - Embolie pulmonaire.

- Un traitement hormonal per os est institué : Distilbène 50 mg.

Octobre 1969 : - Rétention aiguë d'urine.

- Douleurs osseuses.

- Etat de déshydratation.

- Bloc auriculo-ventriculaire.

Décès en Janvier 1970, d'une embolie pulmonaire. Pas d'autopsie.

Survie un an.

OBSERVATION N° 14

Mr. GU... Lucien, né en 1898.

1968 : - Découverte d'une métastase osseuse sur L2.

- Le diagnostic de cancer de la prostate est porté. Traité par ST₅₂.

Octobre 1969 : Hospitalisé pour hépatite virale.

Troubles mictionnels à type de pollakiurie.

Evolution émaillée de complications : hémorragie digestive, collapsus, hyperthermie.

Décès en Octobre 1969, d'une insuffisance hépatique.

Autopsie : - Cancer de la prostate.

- Métastase osseuse ostéo-conden-
sante L₂.
- HVG
- Hépatite à évolution sclérogène
rapide.

Survie : un an.

OBSERVATION N° 15

Mr. DE... Joseph, né en 1890.

1970:: - Découverte d'un cancer de la prostate.
- Pollakiurie intense.
- T.R. : noyau prostatique gauche induré.
- Epididymite.
- Métastases osseuses D₁₂-L₁.

Les phosphatases sont normales.

Antécédent d'adénomectomie en 1942.

Traité par Distilbène.

Décès en Juillet 1971, dans un état de confu-
sion et désorientation temporo-spatiale.

Pas d'autopsie.

Survie un an.

OBSERVATION N° 16

Mr. BR... Théodore, né en 1888.

Mars 1971 : Découverte d'un cancer de la pros-
tate chez un homme hospitalisé pour O.A.P.

T.R. : Prostate indurée de volume normal.

Pas de troubles mictionnels.

Pas de métastases osseuses.

Phosphatases acides normales.

ST₅₂ : 4 comprimés.

Décès en Juin 1972, à Sainte-Anne où il était hospitalisé pour syndrome dépressif. L'examen clinique ne notait aucune évolution de son cancer prostatique.

Pas d'autopsie.

Survie un an.

OBSERVATION N° 17

Mr. FA... Eugène, né en 1908.

Juillet 1969 : Découverte d'un cancer de la prostate à l'occasion d'un épisode de rétention aiguë chez un homme de 61 ans, opéré il y a un an d'un cancer du colon, porteur d'une cirrhose éthylique ascitique et d'un diabète.

T.R. : Nodule prostatique induré.

Phosphatase acides élevées.

Traité par Distilbène.

Décès en Septembre 1970, de cirrhose éthylique.

Survie un an. Pas d'autopsie.

OBSERVATION N° 18

Mr. HE... Adrien, né en 1896.

1967 : Episode de rétention aiguë d'urine chez un malade se plaignant de dysurie - pollakiurie.

Le diagnostic de cancer de la prostate est porté. Traité par 2 comprimés/jour de Distilbène.

1968 : Infarctus du myocarde

Aucun trouble urinaire.

T.R. : RAS.

Décès en Mars 1968, d'un arrêt cardiaque.

Autopsie : - Infarctus du myocarde postéro-latéral avec perforation et hémopéricarde.

- La prostate est normale à l'autopsie.

Survie un an.

OBSERVATION N° 19

Mr. OL... Sigismund, né en 1891.

Décembre 1971 : Episode de rétention aiguë d'urine chez un homme opéré il y a six mois d'un cancer du colon.

Traité par Distilbène.

Mars 1972 :

Mauvais état général.

Pas de troubles fonctionnels urinaires.

T.R. : prostate hypertrophiée, ligneuse, multinodulaire.

Lombalgies cédant sous perfusion de ST⁵².

Métastases ganglionnaires.

Phosphatases acides normales.

U.I.V. : vessie asymétrique, présentant une image d'empreinte irrégulière à gauche.

Décès en Mai 1972 (Cachexie néoplasique terminale).

Autopsie : - Cancer prostatique primaire.

- Métastases :

- hépatique,
- osseuses vertébrales très étagées,
- ganglionnaires,
- au niveau de la cicatrice colique, cancer colique secondaire au cancer de la prostate.

Survie un an.

OBSERVATION N° 20

Mr. LA... Raymond, né en 1912.

Janvier 1967 : Découverte d'un cancer de la prostate chez un homme de 55 ans, à l'occasion d'un épisode de rétention aiguë d'urine.

Traité par Distilbène.

Juillet 1968 : Hospitalisé pour :

- rétention aiguë d'urine,
- syndrome douloureux abdominal.

A l'examen : malade cachectique, asthénique, ictérique ; hépatomégalie douloureuse.

T.R. : prostate ferme asymétrique.

Décède en Juillet 1968 de son cancer.

Autopsie : Cancer de la prostate.

Métastases : hépatiques multiples,
rachidiennes.

Survie un an et demi.

OBSERVATION N° 21

Mr. MD... Fernand, né en 1895.

1969 : Découverte d'un cancer de la prostate.

Frottis classe IV.

Phosphatases acides élevées.

Traité par 1 comprimé/jour de ST₅₂.

Avril 1971 : Douleurs osseuses très intenses.

Pas de troubles fonctionnels

urinaires.

Phosphatases très élevées.

Août 1971 : Recrudescence des douleurs osseuses.

Grave altération de l'état général.

Troubles fonctionnels urinaires peu importants.

Phosphatases acides très élevées.

Anémie normochrome arégénérative avec myélémie évoquant une métastase médullaire.

Décès en Septembre 1971, d'une encéphalopathie porto-cave (ancien cirrhotique).

Pas d'autopsie.

Survie 2 ans.

OBSERVATION N° 22

Mr. AU... Charles, né en 1887.

1968 : Découverte d'un cancer de la prostate chez un malade se plaignant de pollakiurie-dysurie et présentant au toucher rectal une hypertrophie prostatique.

Traité par Distilbène.

1969 : Apparition de métastases osseuses.

1970 : Aplasie médullaire par envahissement métastatique de la moelle.

Pas de troubles fonctionnels urinaires.

Traité par ST₅₂, transfusions.

Décès en Septembre 1970, dans un tableau de collapsus.

Survie deux ans. Pas d'autopsie.

OBSERVATION N° 23

Mr. GO... Gaston.

1970 : Adénomectomie.

L'histologie révèle un adéno-cancer avec

infiltration lymphatique.

Pas de métastases osseuses.

Traité par Distilbène.

Février 1972 : Survenue de troubles mictionnels
(A noter que le malade a arrêté depuis un mois son
Distilbène).

A l'examen :

1- Récidive du cancer prostatique avec frot-
tis classe IV.

Hépatomégalie probablement métastatique.

Métastase ganglionnaire (ganglion de Troi-
sier).

Pas de métastases osseuses.

2- Insuffisance cardiaque avec HVG.

3- Insuffisance respiratoire chronique.

Traité par ST₅₂ : 3 comprimés/jour.

Digitaline : 5 gouttes tous les 2
jours. Régime sans sel.

Septembre 1972 : Crise comitiale évoquant une
métastase cérébrale.

Décès en Septembre 1972, de détresse respira-
toire.

Survie deux ans. Pas d'autopsie.

OBSERVATION N° 24

Mr. LE...Oscar, né en 1904.

1967 : Pollakiurie importante.

Frottis classe IV.

Traité par ST₅₂.

Février 1970 :

- Découverte d'une leucémie aiguë myéloblas-

tique (le malade était traité depuis 10 ans pour anémie et leucopénie).

- Aucun trouble mictionnel.

- T.R. : prostate peu volumineuse, ferme, régulière.

Traité par Rubidomycine : 2 mg/kg.

Décès en Mars 1970, dans un tableau d'aplasie médullaire due à la rubidomycine.

Pas d'autopsie.

Survie 3 ans.

OBSERVATION N° 25

Mr. JA... Roger, né en 1914.

1967 : Traité par des androgènes pour impuissance.

1968 : Découverte d'un cancer de la prostate avec métastases osseuses.

Traité par Distilbène,

Radiothérapie : 50 séances.

Septembre 1969 : Pose d'une sonde à demeure.

Mars 1970 : Hospitalisé pour phlébite du membre inférieur droit.

A l'examen : - Enorme masse indurée de toute la loge prostatique.

- Multiples métastases osseuses.
- Infection urinaire : Proteus mirabilis.

Traité par 2 comprimés de Distilbène.

Décès en 1971. Pas d'autopsie.

Survie 3 ans.

OBSERVATION N° 26

Mr. AU... Emile, né en 1885.

1969 : Découverte d'un cancer de la prostate chez un homme hospitalisé pour hématurie.

T.R. : Reliquat prostatique irrégulier (antécédent d'adénomectomie, il y a 15 ans).

Phosphatases acides élevées.

Métastases osseuses de l'aileron sacré.

Traité par 75 mg de Distilbène.

Pathologie associée : HVG

Bloc de branche gauche.

Novembre 1970 : Phlébite du membre inférieur droit, apparue au décours d'une ostéotomie pour fracture du col du fémur : Distilbène 10 mg.

Décès en Février 1973, d'une hémiplegie.

Pas d'autopsie.

Survie : 3 ans $\frac{1}{2}$.

OBSERVATION N° 27

Mr. HE... Robert, né en 1905.

1968 : Découverte d'un cancer de la prostate chez un malade de 63 ans, hospitalisé pour cruralgies et pollakiurie.

A l'examen : - Métastases vertébrales.

- T.R. : lobe gauche hypertrophié et dur.

Les douleurs disparaissent rapidement, grâce au traitement de Distilbène : 2 comprimés et Nozinan.

Décembre 1970 : Réapparition des douleurs osseuses.

Aucun trouble mictionnel.

Les radiographies du squelette montrent de multiples métastases osseuses.

Sédation totale des douleurs sous perfusion de ST₅₂.

Sort avec Endoxan : 100 mg/jour.

Si₅₂ : 3 comprimés/jour.

Février 1971 : - Accident de surdosage d'Endoxan (100 mg/jour) (anémie + leucopénie).

- Extension des métastases osseuses.

- Réapparition des troubles mictionnels.

Le ST₅₂ est remplacé par du Distilbène, car provoquait des diarrhées.

Janvier 1972 : Hospitalisé pour anémie et insuffisance rénale survenue il y a un mois.

Décès en Janvier 1972.

Autopsie : - Cancer de la prostate.

- Métastases ganglionnaires,
pulmonaires,
rachidiennes,
surréaliennes gauches.

- Néphrite chronique bilatérale sans compression.

Survie : 4 ans.

OBSERVATION N° 28

Mr. VO... Abel, né en 1886.

1964 : Découverte d'un cancer de la prostate chez un homme de 78 ans, se plaignant de troubles mictionnels.

Traité par Distilbène.

1966 : Episode de rétention aiguë d'urine.

ST₅₂.

Décembre 1968 : Sciatalgies secondaires à des métastases osseuses.

T.R. : prostate hypertrophiée, irrégulière.

Mars 1969 : - Cystoscopie : envahissement de tout le trigone et la face postérieure de la vessie.
- Phosphatases acides normales.

Décès en Mars 1969, dans un tableau d'insuffisance rénale. Pas d'autopsie.

Survie : 5 ans.

OBSERVATION. N° 29

Mr. SC... Rylski, né en 1901.

1965 : Découverte d'un cancer de la prostate, à l'occasion d'un épisode de rétention d'urine.
Traité par ST₅₂.

1969 : Hospitalisé pour asthénie, amaigrissement.
Aucun trouble mictionnel.
Métastases osseuses n'entraînant pas de douleurs. Phosphatases acides très élevées.

UIV : Empreinte irrégulière sur le bas-fond vésical, correspondant à plusieurs noyaux prostatiques.

ST₅₂.

Avril 1970 : Hospitalisé pour une grave altération de l'état général provoquée par une anorexie mentale.

T.R. : prostate bien limitée, dure, douloureuse.

Phosphatases acides très élevées.
Gastrite sévère avec anomalies cytologiques laissant subsister quelques doutes.

Etat dyspnéique extrême.

Décès en Avril 1970. Pas d'autopsie.

Survie : 5 ans.

OBSERVATION N° 30

Mr. SO... Gabriel, né en 1887.

1966 : Découverte d'un cancer de la prostate.
Traité par les oestrogènes.

Septembre 1972 : Grave altération de l'état
général. A l'examen :
- T.R. : prostate subnormale.
- Métastases osseuses,
pulmonaires,
médullaires (anémie normochro-
me normocytaire avec myélémie).

Survenue, au cours de l'hospitalisation,
d'un syndrome de coagulation intra-vasculaire dissé-
miné.

Décès en Septembre 1972, dans un tableau d'hé-
morrhagie et de déshydratation. Pas d'autopsie.

Survie : 7 ans.

OBSERVATION N° 31

Mr. FI... Angelo, né en 1894.

1966 : Institution d'un traitement oestrogéni-
que, devant : - des douleurs osseuses diffuses,
- des phosphatases acides très élevées.

Distilbène 100 mg.

L'examen clinique est par ailleurs nor-
mal, excepté une H.T.A. : 18/10.

AOÛT 1972 : Episode de rétention aiguë d'urine.
Douleurs osseuses diffuses.
Prostate très volumineuse au T.R..
Phosphatases acides normales.

Evolution alarmante : insuffisance rénale.

Décède en Novembre 1972, d'insuffisance rénale.

Autopsie : - Cancer de la prostate.
- Métastases osseuses, hépatiques,
surrénaliennes et pulmonaires.
- Infarctus du myocarde massif.

Survie : 7 ans.

OBSERVATION N° 32

Mr. LE BR... Théophile, né en 1894.

1961 : Découverte d'un cancer prostatique à la
suite de troubles mictionnels.

Traité par 25 mg/jour de Distilbène.

1970 : Rétention aiguë d'urine.
Pose d'une sonde à demeure.
Distilbène 50 mg/jour.

Novembre 1971 : Douleurs osseuses.
Asthénie intense.
T.R. : nodule très dur, peu
mobile.
Gros foie granité sensible.
Phosphatases acides normales.

Décès en Novembre 1971 d'une broncho-pneumonie.

Autopsie : - Cancer de la prostate associé à un
adénome.
- Métastases hépatiques, ganglionnaires.
- Lithiase vésicale.
- Broncho-pneumonie.

Survie : 10 ans.

OBSERVATION N° 33

Mr. MA... Théodore, né en 1889.

1962 : - Découverte d'un cancer de la prostate.
- Traité par ST⁵².
- HTA ancienne : 20/10.

1972 : Hospitalisé pour bilan de son cancer et de son HTA :

- T.R. : prostate de consistance ferme.
- Sonde à demeure.
- Aires ganglionnaires libres.
- Pas de métastases osseuses.
- Phosphatases acides normales.

Décès en 1972, d'une insuffisance cardiaque.
Pas d'autopsie.

Survie : 10 ans.

OBSERVATION N° 34

Mr. CL... Pierre, né en 1896.

1959 : Découverte d'un cancer de la prostate.
Traité par 2 comprimés de TACE.

1971 : Hospitalisé pour angor d'effort.
L'examen clinique ne montre aucune évolution du cancer prostatique.
Pas de troubles mictionnels. TR: RAS.
Pas de métastases.
Phosphatases acides normales.

Par ailleurs :

- Coronarite avec angor d'effort, HVG,
- Anévrisme de l'aorte thoracique et abdominale.

Décès en Novembre 1971.

Autopsie : - Prostate subnormale.
- Anévrisme de l'aorte thoracique
abdominale.- Infarctus splénique..

Survie : 12 ans.

5 MALADES NON REVUS

OBSERVATION N° 35

Mr. DE... Alphonse, né en 1888.

Novembre 1966 - Hospitalisé pour troubles mictionnels d'apparition très récente.

T.R. : noyau induré du lobe droit.

Phosphatases acides prostatiques élevées.

UIV : Petite vessie hypertonique soulevée par une importante empreinte prostatique entraînant également une coudure de l'uretère gauche.

Pathologie associée : sigmoïdite diverticulaire.

Traitement : 100 mg. de Distilbène.

OBSERVATION N° 36

Mr. VI... Eugène, né en 1904.

Avril 1970 : Hospitalisé pour ulcère de jambe gauche et oedème des deux membres inférieurs.

T.R. : Prostate légèrement irrégulière, particulièrement indurée sur ses bords.

Phosphatases acides prostatiques élevées, alors qu'elles étaient nulles l'année précédente.

UIV normale.

Pathologie associée :

- 1940 : - Syndrome dysentérique.
- Intoxication éthylique.
- Hernie hiatale.

Traitement : Distilbène 25 : 3 comprimés.
Vitamines B₁, B₆.

OBSERVATION N° 37

Mr. PE... Emile, né en 1884.

Antécédent de cancer de la prostate bien équilibré sous Distilbène.

Mai 1967 : Entre dans le Service pour dyspnée d'effort.

Aucune évolution prostatique.
Phosphatases normales.
Pas de diffusion métastatique.

Pathologie associée :

- Bronchopathie chronique,
- Syphilis sérologique.

OBSERVATION N° 38

Mr. AZ... Saadou, né en 1901.

Juillet 1968 : Hospitalisé pour déshydratation aiguë et rétention aiguë d'urine.

Il s'agit d'un malade porteur d'une néoplasie prostatique.

Amélioration rapide sous perfusion de :

- glucosé,
- hémisuccinate d'hydrocortisone (à l'entrée : collapsus ; T.A. : 6/5).
- ST₅₂.

Examens complémentaires :

- Radio thorax : image axillaire gauche, évoquant une métastase pulmonaire.

- L'existence d'une métastase surrénalienne a été évoquée devant des 17-céto à 18 mg/24 heures.
- Les phosphatases acides sont normales.

Le malade sort en Août 1968, avec un traitement de :

- Distilbène 2 comp./jour,
- Hémisuccinate d'hydrocortisone 10 mg/jour,
- Cortancyl 10 mg.

OBSERVATION N° 39

Mr. PI... Jésus, né en 1884.

Décembre 1966 : Découverte d'un cancer de la prostate chez un malade hospitalisé pour insuffisance cardiaque.

Toucher rectal : hypertrophie prostatique
+ nodule induré.

Pathologie associée : artérite des membres inférieurs.

Traitement : Distilbène.

Février 1967 : Rétention aiguë d'urine.

Le volume prostatique n'étant pas assez volumineux pour l'expliquer, on propose l'hypothèse d'une rétention neurologique.

Phosphatases acides prostatiques élevées.

UIV : petit résidu vésical.

Traité par Distilbène.

13 MALADES SUBIRENT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

= Chez 11 d'entre eux, le traitement hormonal a été associé au traitement chirurgical.

= Deux seulement ne reçurent jamais d'oestrogènes.

OBSERVATION N° 40

Mr. GR... Désiré, né en 1888.

Octobre 1966 : Opéré d'un cancer prostatique. Se plaignait de pollakiurie très importante depuis un an.

Suites opératoires compliquées (orchite, septicémie, signes d'insuffisance rénale).

Janvier 1967 : Hospitalisé pour infarctus du myocarde. Aucune amélioration des troubles mictionnels.

N'a jamais reçu d'oestrogènes.

Décède chez lui, après 9 mois d'évolution.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION N° 41

Mr. NO... Robert, né en 1895.

1966 : Prostatectomie décidée après épisode de rétention aiguë d'urine.

Septembre 1967 : Infarctus du myocarde.

Février 1968 : Récidive d'infarctus et décès.

A noter que ce malade n'a jamais pris d'oestrogènes.

Depuis l'opération, il n'a pas souffert de troubles mictionnels.

Autopsie : - Tumeur de la loge prostatique.
- Infarctus.

Survie : 2 ans.

OBSERVATION N° 42

Mr. RO... Félix, né en 1903.

Janvier 1971 : Découverte d'un cancer de la prostate à l'occasion d'un épisode de rétention aiguë d'urine.

Septembre 1971 : Nouvel épisode de rétention.
Traité par ST₅₂.

Novembre 1971 : Résection trans-urétrale.
Suivie de 25 séances d'électrothérapie, pour incontinence.

Août 1972 : Deuxième résection, pour rétention d'urine.
Traité par ST₅₂ : 1 comprimé + Distilbène 50 mg.

Décembre 1972 : Phlébite du MID.
Aucun signe d'évolutivité du point de vue prostatique.

Mai 1973 : Va bien.

Un an et demi de recul.

OBSERVATION N° 43

Mr. DU... Constant, né en 1879.

Novembre 1967 : Découverte d'un cancer de la prostate à l'occasion d'un épisode de rétention aiguë d'urine.

T.R. : prostate hypertrophiée, très dure, asymétrique, avec disparition du sillon médian.

UIV : importante empreinte prostatique du bas-fond vésical.

Traité par Distilbène.

Décembre 1967 : Résection endoscopique.

Avril 1968 :

- Grave altération de l'état général.
- Aucun trouble mictionnel.
- Phosphatases acides élevées.
- Décès d'une broncho-pneumonie.

Autopsie :

- Cancer de la prostate.
- Os pagétique avec foyers métastatiques.
- Cancer gastrique.
- Envahissement métastatique du foie.
- Broncho-pneumonie.

Survie : un an et demi.

OBSERVATION N° 44

Mr. SU... François, né en 1888.

Octobre 1965 : Prostatectomie totale chez un homme de 77 ans, porteur d'une sonde à demeure et présentant une énorme rétention urinaire.

Novembre 1967 : Institution d'un traitement hormonal : Distilbène.

Avril 1968 : Hospitalisé pour défaillance cardiaque. Zones à la scintigraphie pulmonaire, compatibles avec la présence de métastases. Pas de métastases osseuses.

Octobre 1968 : Revient pour épilepsie.

Les troubles urinaires s'aggravent.

Traité par Distilbène : 5 mg,
Gardénal.

En vie 3 ans après l'opération.
N'a pas été revu depuis.

OBSERVATION N° 45

Mr. BO... Léon, né en 1901.

1967 : Opéré d'un cancer de la prostate.
Se plaint de cruralgies.
Traité par ST₅₂.

Antécédents :

- Fistule anale opérée en 1939.
- Infarctus du myocarde en 1955.

1969 : Hospitalisé pour névralgies crurales
intenses, cédant sous perfusion de ST₅₂.
Troubles fonctionnels urinaires importants.

Avril 1970 : Deuxième hospitalisation pour cruralgies. Le malade a stoppé son traitement de ST₅₂
per os depuis deux mois.

Les métastases osseuses s'étendent.

Aspect asymétrique de la vessie à
l'UIV, témoignant d'un envahissement local.

Sous perfusion de ST₅₂, les cruralgies ont disparu.

Décès en Août 1970, chez lui.

Pas d'autopsie.

Survie : 3 ans.

OBSERVATION N° 46

Mr. VA... Adolphe, né en 1895.

1964 : Prostatectomie + traitement par Distilbène.

Septembre 1967 : Hospitalisé pour grave altération de l'état général.

Incontinence d'urine.
Phosphatases légèrement augmentées.

Décès en Octobre 1968, d'un abcès du poumon.

Autopsie : - Cancer prostatique à évolution purement locale, vésico-prostatique.
- Sclérose myocardique interstitielle.
- Abcès du poumon.

Survie : 4 ans.

OBSERVATION N° 47

Mr. DE FE... Gérard, né en 1907.

1968 : Pollakiurie.

Remaniement de la structure osseuse du bassin. Institution d'un traitement par les oestrogènes qui sera arrêté par le malade.

1970 : Prostatectomie
+ Traitement hormonal : TACE.

Juin 1971 : Apparition de lombalgies cédant sous perfusion de ST₅₂.

Novembre 1971 : Orchi-épididymite.

Traité par ST₅₂ : 3 comprimés.
Totapen : 8 comprimés.
Cortancyl : 4 comprimés) pendant 15 jours.

Mars 1973 : Rechute d'une orchi-épididymite

aiguë. Le malade se porte très bien avec $\frac{1}{2}$ comprimé par jour de ST₅₂.

Traité par ST₅₂ : 1 comprimé,
Cortancyl : 4 comprimés,
Antibiothérapie.

Juin 1973 : Va bien.

On continue le ST₅₂ en diminuant progressivement le Totapen.

En vie 5 ans après le diagnostic et 2 ans et 6 mois après l'opération.

OBSERVATION N° 48

Mr. VE... Abel, né en 1893.

1965 : Opéré d'un cancer de la prostate.
Traité par Distilbène + Tace.

1967 : Aucun trouble mictionnel.
UIV : normale.

1969 : Métastases pulmonaires.
UIV : Rein droit muet.

Avril 1970 : Episode de rétention aiguë d'urine.
Mise en place d'une sonde à demeure.

Mai 1970 : Paraplégie flasque.
Incontinence totale des urines et des
matières.
Douleurs lombaires très vives.
Syndrome de la queue de cheval.
Phosphatases acides élevées.
Signes d'insuffisance rénale.

Décède en Mai 1970 de son cancer.

Autopsie :

- 1- Cancer de la prostate.
- 2- Métastases hépatiques, pulmonaires, osseuses, avec compression de la queue de cheval.
- 3- Néphrite chronique.

4- Séquelle d'infarctus ancien.

Survie : 5 ans.

OBSERVATION N° 49

Mr. MA... Robert, né en 1904.

1968 : Résection transurétrale pour cancer
prostatique.

Traité par ST₅₂.

Novembre 1968 : Plusieurs épisodes de rétention
urinaire.

T.R. : Grosse prostate adénomateuse avec nodu-
les indurés.

Frottis classe IV.

Deux biopsies blanches.

Décembre 1968 : 2ème résection transurétrale.

Janvier 1969 : 3ème résection transurétrale.

ST₅₂ : 1 comprimé.

Juillet 1970 : Va très bien.

Pas de métastases osseuses.

ST₅₂ : 1 comprimé.

Novembre 1970 : Accident vasculaire cérébral
avec hémianopsie latérale homonyme.

Pas de métastases osseuses ni
pulmonaires.

Les phosphatases sont normales.

Décès en Février 1973. Pas d'autopsie.

Survie : 5 ans.

OBSERVATION N° 50

Mr. SO... André, né en 1899.

1968 : Résection endoscopique pour cancer de la prostate.

Distilbène : 1 comprimé.

Juin 1972 : Infarctus antérieur étendu.

Aucune évolution prostatique.

Les phosphatases sont normales.

Mai 1973 : Va bien et reprend progressivement une activité physique normale.

Aucune évolution du cancer.

Distilbène : 5 mg/jour.

5 ans de recul sans aucune évolution.

OBSERVATION N° 51

Mr. LA... Pierre, né en 1892.

1964 : Découverte d'un cancer de la prostate.

1967 : Institution d'un traitement hormonal.

Juillet 1967 : Mise en place d'une sonde à demeure pour rétention d'urine chronique.

Janvier 1968 : Résection endoscopique.

Septembre 1969 : Insuffisance rénale secondaire à une néphrite interstitielle due au retentissement d'une néoplasie prostatique sans complication métastatique.

Perfusion de ST₅₂.

Puis Distilbène 25 mg.

En vie après 5 ans d'évolution.

Malade non revu.

OBSERVATION N° 52

Mr. SO... Salomon, né en 1881.

1957 : Opéré d'un cancer de la prostate.
Prendrait depuis du Distilbène.

1967 : Hospitalisé pour troubles fonctionnels urinaires très intenses. (Pollakiurie très importante et infection urinaire).

Phosphatases acides très élevées.

Traité par Distilbène : 3 comprimés/jour
+ lavages de vessie et antibiothérapie locale.

Pathologie associée : Paget,
Coxarthrose,
Lithiase urétérale gauche,
Hémiplégie.

Décès en 1968, d'hémiplégie.

Pas d'autopsie.

Survie : 11 ans.

o o

5 MALADES NON TRAITES

OBSERVATION N° 53

Mr. DU... Arsène, né en 1899.

Avril 1968 : Hospitalisé pour altération de l'état général.

Se plaint depuis longtemps de troubles mictionnels.

L'examen montre :

- au toucher rectal, une grosse prostate adénomateuse ;
- HTA à 20/11 ;
- on découvre une maladie de Kahlér que l'on traite par les androgènes et l'Endoxan.

Décès un an et demi après, en Septembre 1970,
de septicémie.

Autopsie :

- Myélome multiple avec localisation extra-médullaire hépato-splénique ;
- Adéno-carcinome prostatique tubuleux bien différencié en périphérie de l'adénomyome.

OBSERVATION N° 54

Mr. JU... Auguste. né en 1898.

1961 : Infarctus du myocarde.

Décembre 1967 : Hospitalisé pour hémiplegie gauche.

Pas de passé urinaire.

Les phosphatases acides sont normales.

Décès, quelques jours après son entrée dans le Service, d'un ramollissement.

Autopsie :

- Cancer de la prostate s'étendant au trigone vésical, avec une dissémination péritonéale locale.
- Récidive d'infarctus antérieur.
- Vésicule biliaire lithiasique.

Cancer de la prostate de découverte histologique.

OBSERVATION N° 55

Mr. LA... Castex.

1956 : Premier épisode de rétention aiguë d'urine.

1964 : Suivi depuis 1964 pour cancer de la prostate. L'évolution sera émaillée d'épisodes de rétention aiguë d'urine, d'infection urinaire et d'hématuries.

Le malade semble avoir eu un traitement hormonal discontinu.

Septembre 1968 : Nouvel épisode de rétention aiguë d'urine ayant nécessité une ponction sus-pubienne après échec de la tentative de sondage.

Décembre 1968 : Hospitalisé pour dysphagie et diarrhées.

A l'examen :

- Malade dans un état subcomateux,
- Hépatomégalie ferme à surface irrégulière,
- Adénopathies inguinales bilatérales,
- Anémie à 1,8 million de globules rouges.

Décès d'une hémorragie digestive.

Pas d'autopsie.

Survie : 4 ans.

OBSERVATION N° 56

Mr. MA... Henri, né en 1895.

Août 1971 : Adénomectomie chez un homme se plaignant depuis 8 ans de brûlures mictionnelles et d'hématuries. L'histologie montre un micro-adéno-cancer associé à l'adénomyome.

Novembre 1971 : Va très bien.

OBSERVATION N° 57

Mr. MD... Emile, né en 1889.

Septembre 1970 : Apparition brutale d'une polyakiurie.

UIV : Kystes multiples.

Antécédents de coliques néphrétiques depuis 1964.

Décembre 1970 : Sondages répétés et lavages de vessie pour infection urinaire.

Avril 1971 : Hospitalisé pour infection urinaire.

T.R. : gros lobe droit.

Phosphatases acides prostatiques

élevées.

Signes biologiques d'insuffisance

rénale.

Décès en Juin 1971. Pas d'autopsie.

Survie : six mois.

- III -

D I A G N O S T I C

FREQUENCE DU CANCER

Selon des statistiques américaines, un homme sur cinq aurait, à l'âge moyen de la vie (au-dessus de 50 ans), un foyer néoplasique dans sa prostate sans aucune manifestation clinique.

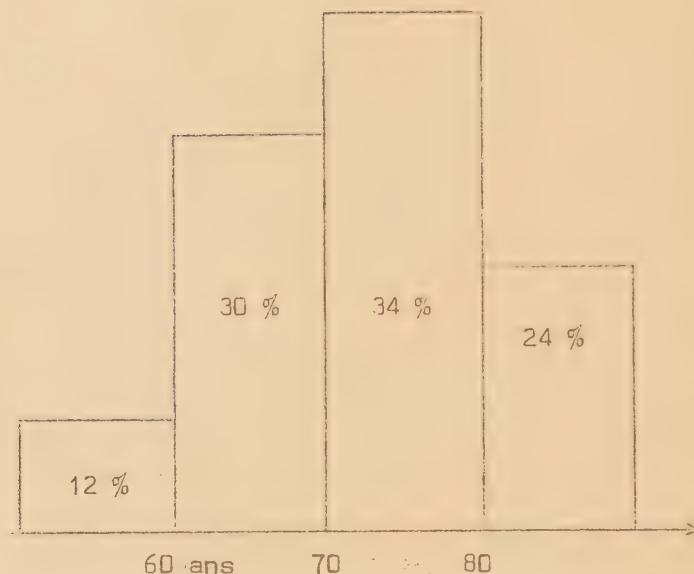
En effet, sur 2.356 prostates examinées en coupes sériées, on notait 21 % de foyers néoplasiques. C'est ce que les auteurs américains appellent cancer "occulte" ou "latent".

Et pourtant, parmi la totalité des décès par cancer chez l'homme, 5 à 15 % seulement sont provoqués par le cancer de la prostate.

Ces données, contradictoires en apparence, sont expliquées par HIRST et BERGMANN qui concluent qu'une période approximative de 20 ans sépare le début du cancer occulte des manifestations cliniques.

REPARTITION SELON L'ÂGE

Sur les 57 malades du Service, les pourcentages de répartition du cancer en fonction de l'âge sont :



Dans 88 % des cas, le cancer est survenu chez un homme âgé de plus de 60 ans.

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Nous avons étudié les circonstances de découverte sur 44 de nos malades, car, dans 13 cas, le malade entraînait pour une affection autre que le cancer, le diagnostic de cancer de la prostate étant déjà porté et le traitement en cours.

- Troubles fonctionnels urinaires :

- Pollakiurie, Dysurie, Brûlures mictionnelles 14)
- Rétention aiguë d'urine 10) soit 62 %
- Hématuries 3)

- Douleurs au niveau des membres inférieurs
à type de sciatalgies ou cruralgies ... 6, soit 14 %
- Découverte histologique sur pièce d'adé-
nomectomie 4, soit 10 %
- Découverte à l'occasion d'un toucher
rectal systématique 4, soit 10 %
- Autopsie 2, soit 4 %

',
FREQUENCE DE L'ASSOCIATION
A UN ADENOME DE LA PROSTATE

11 cas sur 57 , soit 19 %.

',
LES DIFFERENTS EXAMENS
PERMETTANT DE POSER LE DIAGNOSTIC
DE CANCER DE LA PROSTATE

1- Le toucher rectal.

Le toucher rectal est l'examen clinique principal. Rappelons que, dans 10 % des cas, c'est un simple toucher rectal systématique qui a permis de découvrir le cancer.

- Parfois, le diagnostic est immédiat, le doigt percevant une volumineuse tumeur nodulaire très dure, gardant grossièrement la forme de la prostate.

- Le diagnostic est plus difficile lorsqu'il s'agit d'un nodule induré siégeant sur la face postérieure de la glande.

Les différentes hypothèses à envisager sont :

- un noyau de prostatite non spécifique avec ou sans lithiase ;

- un foyer de prostatite tuberculeuse ;
- un foyer de prostatite granulomateuse.

En dehors des examens complémentaires, il est très difficile de reconnaître cliniquement la malignité d'un nodule isolé. Le seul indice de bénignité probable est la situation sur la ligne médiane.

2- Les phosphatases acides.

Les phosphatases acides sont augmentées quand il y a :

- soit diffusion extra-capsulaire du cancer,
- soit métastases.

Un simple toucher rectal peut élever le taux des phosphatases dès la 30ème minute, et ceci pour plusieurs heures. Par conséquent, ce dosage ne devra être fait que 24 heures après le dernier toucher rectal.

FISHMAN et LERNER ont amélioré la sensibilité de ce test, en isolant la fraction exclusivement prostatique de la quantité totale des phosphatases acides.

Rappelons un travail de FISHMAN permettant d'apprécier la validité de ce test. Etude portant sur 2.408 cas,

Le taux des phosphatases acides prostatiques est :

- normal dans les cancers de la prostate localisés ;
- élevé dans 47 % des cancers à propagation locale ;
- élevé dans 87 % des cancers à métastases osseuses ;
- élevés dans 100 % des cancers à métastases viscérales.

Cependant, le taux est élevé dans 8,3 % des cas, chez des sujets non porteurs de cancer prostatique.

Il n'est pas possible de faire une telle étude sur notre série, puisque bien souvent les malades prennent depuis longtemps des oestrogènes et sous ce traitement le taux de phosphatases acides tend à revenir à la normale.

On remarque cependant que 3 de nos malades, n'ayant jamais reçu d'oestrogènes et porteurs de cancer, avec métastases osseuses, avaient un taux de phosphatases acides prostatiques normal.

3- Les frottis.

Il s'agit d'un examen cytologique de la sécrétion prostatique évacuée après massage. Les résultats sont classés en cinq groupes :

- I et II : bénins,
- III : douteux,
- IV et V : malins.

Un groupe d'urologues français a fait une étude sur les résultats des frottis pratiqués chez 30 malades atteints de cancer prostatique.

Dans la moitié des cas, les frottis se sont révélés positifs.

Sur les 7 frottis effectués dans notre série :

- 1 s'est révélé négatif,
- 2 douteux,
- 4 malins.

Un frottis négatif ne doit donc jamais éliminer le diagnostic de cancer de la prostate, et cet examen ne doit être considéré que comme une méthode diagnostique d'appoint. Elle ne doit cependant pas être négligée, car il suffit d'un banal massage prostatique pour obtenir le matériel à étudier. Mais la lecture de ce matériel requiert un anatomo-pathologiste entraîné.

4- La biopsie prostatique.

La ponction-biopsie confirmera tout diagnostic douteux.

- La biopsie trans-rectale, vu le risque septique non négligeable qu'elle entraîne, et vu la nécessité souvent fréquente d'une dilatation anale préalable, perd de plus en plus de partisans.

- La voie percutanée, trans-périnéale est presque unanimement utilisée actuellement.

Cet examen sera systématiquement réalisé dès qu'il subsiste un doute sur le diagnostic. Il s'agit en effet d'un examen anodin qui peut être facilement recommencé quand la ponction-biopsie est blanche.

Sur 117 ponctions-biopsies faites par un groupe d'urologues de Dijon, on ne comptait seulement que 3,5 % de "faux négatifs".

5- Recherche de métastases.

Retentissement sur le haut appareil.

L'examen sera toujours complété par la recherche de métastases et l'étude du retentissement sur les voies urinaires :

- Examen clinique, neurologique.
- Radiographies pulmonaires,
osseuses (rachis, bassin).
- Etude de la crase sanguine.
- Eventuellement, scintigraphie hépatique et dosages
hormonaux (17-cétostéroïdes).
- U.I.V..

- IV -

T R A I T E M E N T

Nous ne considérerons ici que les traitements utilisés dans notre série, en étudiant successivement les différents types de traitements et leurs résultats.

A - LES DIFFERENTS TYPES DE TRAITEMENT.

I- LE TRAITEMENT MEDICAL.

1/- Le traitement hormonal.

L'étude du cancer de la prostate montre l'importance des facteurs hormonaux. En effet, cancer et adénome sont inconnus chez l'eunuque. Inversement, une hypertrophie prostatique peut s'observer chez le jeune enfant atteint de tumeurs virilisantes de la surrénale.

a)- L'oestrothérapie.

Différentes drogues peuvent être employées :

- Le diéthyl-stilboestrol (Distilbène) :

Le plus employé parmi les oestrogènes de synthèse.

Se donne per os.

- Les oestrogènes diphosphatés : ST₅₂ :

Souvent employé dans les traitements d'attaque à haute dose, en perfusion.

- Le Tace au chlorotriascine : est un oestrogène retard.

Administré per os, il se fait stocké dans le tissu adipeux, d'où il se libérerait lentement et progressivement.

La conduite du traitement est classiquement définie en deux phases :

... Une cure d'attaque de quelques semaines, à des doses élevées, poursuivies à des doses de plus en plus faibles jusqu'à une dose d'entretien minima que l'on prescrira à vie. On fixe par tâtonnement le dosage minimum au-dessous duquel on voit réapparaître les troubles fonctionnels.

b)- La corticothérapie.

On a voulu parfaire le traitement hormonal en supprimant la surrénale, deuxième source d'androgènes.

A la surrénalectomie bilatérale, opération délicatement traumatisante, on préfère une corticothérapie qui, à moindres frais, vise aux mêmes résultats.

L'administration prolongée de cortisone bloque la sécrétion hypophysaire d'ACTH et, par conséquent, inhibe la fonction surrénalienne. La production d'androgènes surrénaliens est donc pratiquement supprimée, et on peut observer une baisse des 17-céto-stéroïdes urinaires.

2/- La chimiothérapie.

Les antimétabolites que nous avons utilisés sont :

- l'endoxan,
- le 5-fluoro-uracyle.

3/- La radiothérapie.

Radiothérapie dirigée :

- sur la prostate, les tissus péri-prostatiques et, éventuellement, les adénopathies proches ;
- sur les métastases osseuses.

II- LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Nous ne ferons que citer les opérations dirigées contre les troubles mictionnels en laissant volontairement de côté les opérations dirigées contre l'insuffisance rénale et les opérations à visée hormonale telles que la castration, puisque aucun de nos malades n'en a subi.

Différentes interventions peuvent être tentées :

a)- La prostatectomie totale.

Ses indications thérapeutiques sont très strictes :

- Cancer strictement limité à la glande et même, pour les urologues américains, nodule néoplasique de diamètre inférieur à 1 cm.
- Malade en bon état général, âgé de moins de 70 ans.

Ces conditions ne se rencontrent que chez 5 à 10 % des malades.

b)- La résection endoscopique trans-urétrale.

C'est l'opération de choix devant une dysurie ou une rétention complète ne cédant pas aux oestrogènes.

La condition essentielle est la libre perméabilité de l'urèthre.

c)- La résection par voie trans-vésicale.
(Evidement prostatique).

Intervention palliative, s'adressant aux tumeurs que le résecteur ne peut atteindre.

d)- L'énucléation.

Convient aux tumeurs qui, quoique malignes, sont encore clivables.

Il s'agit d'extraire en bloc par voie trans-vésicale toute l'induration perceptible.

e)- Enfin, les opérations élargies en cas de cancer très avancé :

- Prostatotrigonectomie totale,
- Prostatocystectomie totale.

B - LES RESULTATS.

I- LE TRAITEMENT MEDICAL.

39 malades, c'est-à-dire 68 %, furent traités par le seul traitement médical. Tous reçurent des oestrogènes. On y associa :

- dans 3 cas, une corticothérapie ;
- dans 3 cas, une chimiothérapie ;
- dans 2 cas, une radiothérapie.

Nous allons étudier successivement les résultats immédiats et lointains obtenus par ces divers traitements.

1/- L'oestrothérapie.

a)- Les résultats immédiats.

* Les résultats immédiats observés sont en règle rapides et très souvent satisfaisants.

- La pollakiurie et la dysurie cèdent bien souvent au bout de quelques semaines de traitement.

- L'état général du malade s'améliore. Le malade reprend de l'appétit et gagne du poids.

- Les douleurs secondaires aux métastases osseuses diminuent, voire disparaissent, permettant à un malade alité de marcher à nouveau.

Les perfusions à haute dose de ST₅₂ entraînent, dans la quasi-totalité des cas, la sédation complète des douleurs.

L'amélioration n'est pas seulement fonctionnelle :

- Le volume de la prostate régresse.

- Les métastases pulmonaires et ganglionnaires peuvent, dans certains cas, diminuer sans jamais cependant disparaître.

- Le syndrome biologique s'amende.

Le taux des phosphatases acides tend à revenir à la normale.

* Les incidents :

Les effets secondaires observés avec un traitement à base d'oestrogènes sont essentiellement :

- Les accidents de féminisation : diminution de la libido, impuissance, gynécomastie parfois douloureuse, pigmentation des aréoles mammaires.

- On observe également assez souvent :

. un syndrome digestif, dominé par des nausées ;

. des phénomènes de rétention hydrique avec oedèmes des membres inférieurs.

- Enfin, certains auteurs ont insisté sur le risque d'accidents cardio-vasculaires auquel les oestrogènes soumettent les malades. Les statistiques du groupe de recherche urologique des vétérans, portant sur 250 cas, montrent que l'on observe 14 % de plus de complications cardio-vasculaires chez les malades traités par les oestrogènes.

Nous avons recensé, dans notre série :

a- le nombre d'accidents cardio-vasculaires survenus chez les malades ayant reçu des oestrogènes.

b- le nombre d'accidents cardio-vasculaires survenus chez les malades n'ayant jamais reçu d'oestrogènes.

c- Le nombre de malades porteurs d'antécédents cardio-vasculaires et n'ayant pas présenté d'accidents cardio-vasculaires sans oestrothérapie.

Il s'agit bien évidemment d'antécédents cardio-vasculaires antérieurs à la date d'institution de l'hormonothérapie.

a- Malades ayant reçu des oestrogènes.

L'étude porte sur 45 sujets :

- 34 traités par les oestrogènes seuls,
- 11 ayant reçu des oestrogènes en complément du traitement chirurgical.

Nous relevons 14 accidents cardio-vasculaires :

- 5 phlébites survenues 4 mois, 1 an, 1 an, 2 ans et 3 ans après l'oestrothérapie.

A noter que, chez 1 malade, la phlébite est survenue au décours d'une ostéotomie pour fracture du col du fémur chez un cardiaque présentant une hypertrophie ventriculaire gauche et un bloc de branche gauche.

- 3 infarctus du myocarde, 1 an, 4 ans et 7 ans après.

- 1 embolie pulmonaire, 5 mois après, chez un malade porteur de bloc auriculo-ventriculaire.

- 2 défaillances cardiaques, 6 mois après et 10 ans après, chez un hypertendu de longue date.

- 1 accident vasculaire cérébral, 2 ans après.

- 2 hémiplésies, après 11 ans de traitement, chez un homme de 87 ans ;

après 3 ans $\frac{1}{2}$, chez un cardiaque présentant une HVG et un bloc de branche gauche.

b- Malades n'ayant pas reçu d'oestrogènes.

Parmi les 7 malades n'ayant pas reçu d'oestrogènes, on recense 3 infarctus du myocarde et 1 hémiplégie.

c- Malades porteurs d'antécédents cardio-vasculaires et n'ayant pas présenté d'accidents cardio-vasculaires au cours de l'oestrothérapie.

= Obs. N° 2 :

Hospitalisé pour hémianopsie latérale homonyme d'origine vasculaire.

Pas d'aggravation de l'état vasculaire après un an et demi de traitement.

= Obs. N° 5 :

Hospitalisé pour hernie inguinale et bilan d'une HTA ancienne. Découverte d'un rétrécissement aortique.

Est traité par les oestrogènes pendant 2 ans sans accident.

= Obs. N° 11 :

Malade porteur d'une insuffisance cardiaque avec

antécédent lointain d'infarctus du myocarde.

En vie après 13 ans d'oestrothérapie.

Pas d'aggravation de l'état cardio-vasculaire.

= Obs. N° 16 :

Hospitalisé pour oedème aigu du poulmon.

Décède après un an et demi de traitement, de cause inconnue. Pas d'aggravation de l'état cardio-vasculaire.

= Obs. N° 31 :

Malade porteur d'une HTA 20/10.

Décède après 6 ans de traitement, d'une insuffisance rénale.

= Obs. N° 46 :

Antécédent d'infarctus du myocarde en 1955.

Décède de son cancer après 3 ans d'oestrothérapie.

= Obs. N° 48 :

Antécédent d'infarctus du myocarde.

Décède après 5 ans d'oestrothérapie, de son cancer.

Cette étude ne confirme pas l'hypothèse de l'accroissement du risque vasculaire apporté par l'oestrothérapie.

En effet, nous avons observé de longues survies sans oestrothérapie, sans accidents, chez des sujets porteurs de lourds antécédents cardio-vasculaires.

Enfin, 31 % d'accidents cardio-vasculaires dans une population qui, rappelons-le, porte dans 88 % des cas sur des sujets âgés de plus de 60 ans, n'est pas un chiffre anormalement élevé.

b)- Les résultats lointains.

Sur 39 malades traités médicalement, 34 furent suivis régulièrement.

= 23 sont décédés :

- 8 sont décédés au bout de 1 an, soit 35 % ;
- 1 est décédé " 1 an $\frac{1}{2}$, soit 5 % ;
- 3 sont décédés " 2 ans, " 12 % ;
- 2 " " 3 ans, " 9 % ;
- 1 est décédé " 3 ans $\frac{1}{2}$, " 5 % ;
- 1 " " 4 ans, " 5 % ;
- 2 sont décédés " 5 ans, " 9 % ;
- 2 " " 7 ans, " 9 % ;
- 2 " " 10 ans, " 5 % ;
- 1 " " 12 ans, " 5 % .

Etudions la cause de ces décès :

- * 10 sont morts des conséquences directes de leur cancer, soit dans un tableau de cachexie néoplasique, soit dans un tableau d'insuffisance rénale.

- 3 après une survie de 1 an ;
- 1 " " de 1 an $\frac{1}{2}$;
- 1 " " de 2 ans ;
- 1 " " de 3 ans ;
- 1 " " de 5 ans ;
- 2 " " de 7 ans.

- * 12 sont décédés d'une affection intercurrente :

- 4 décès après 1 an d'évolution :

- . Cirrhose éthylique,
- . Embolie pulmonaire,
- . Infarctus du myocarde,
- . Hépatite à évolution sclérogène rapide.

- 1 décès après 2 ans d'évolution d'encéphalopathie porto-cave chez un cirrhotique ;
- 1 décès après 2 ans d'évolution, de détresse respiratoire ;
- 1 décès après 3 ans d'évolution, de leucémie aiguë myéloblastique ;
- 1 décès après 3 ans $\frac{1}{2}$ d'évolution, d'hémiplégie ;

- 1 décès après 5 ans d'évolution, de cachexie provoquée par une anorexie mentale ;
- 2 décès après 10 ans d'évolution, de :
 - (- broncho-pneumonie,
 - (- insuffisance cardiaque ;
- 1 décès après 12 ans d'évolution, d'accident vasculaire.

- * Enfin, un malade est mort sans que l'on connaisse l'étiologie de son décès, un an après la découverte du cancer. L'examen clinique ne révélait pas d'extension du processus néoplasique.
- * A noter que, dans ce lot de 21 malades, on ne notait aucune évolution clinique du cancer chez 5 d'entre eux après 1 an, 1 an, 3 ans, 10 ans et 12 ans d'évolution.

= 11 malades sont en vie :

Etudions les pourcentages de survie actuelle.

Tous sont en vie après 1 an d'évolution, soit 100 %.						
9	"	"	"	2 ans	"	83 %.
6	"	"	"	3 ans	"	56 %.
5	"	"	"	4 ans	"	47 %.
4	"	"	"	5 ans	"	38 %.
3	"	"	"	6 ans	"	29 %.
2	"	"	"	7 ans	"	20 %.
1	"	"	"	13 ans	"	10 %.

L'examen clinique ne révèle aucune extension du cancer dans 5 cas après 1 an, 1 an $\frac{1}{2}$, 2 ans, 2 ans et 5 ans d'évolution.

AU TOTAL :

La durée moyenne de survie, dans ce lot de 39 malades traités par les oestrogènes, est au minimum de 3 ans et 2 mois.

42 % des malades étaient en vie après 3 ans d'évolution.

23 % étaient en vie après 5 ans d'évolution.

Parmi les malades décédés, 52 % seulement sont morts de leur cancer.

2/- La corticothérapie.

3 de nos malades ont bénéficié de ce traitement :

= Observation N° 38 : Mr. AZ... Saadou.

Malade de 67 ans, porteur d'un cancer de la prostate avec métastases pulmonaires et surrénaliennes.

Traité par :

- Distilbène 2 comp./jour
- Cortancyl 10 mg/jour
- Hémisuccinate d'hydrocortisone 10 mg/jour.

Ce malade n'a pas été revu dans le Service.

= Observation N° 12 : Mr. COLL... Lucien.

Découverte d'un cancer de la prostate hautement métastasé, chez un homme de 80 ans (métastases pleurales, osseuses, ganglionnaires et médullaires).

Institution d'un traitement de :

- ST₅₂
- Solupred 20 mg/jour
- Endoxan 100 mg/jour.

Décès un an après, dans un tableau de cachexie terminale.

= Observation N° 44 : Mr. DE F... Gérard.

1970 : Opéré d'un cancer de la prostate.

1971 : Apparition de lombalgies cédant sous perfusion de ST₅₂.

Orchi-épididymite.

ST₅₂ + Cortancyl 4 comp. + Totapen 8 comp.
pendant 15 jours.

1973 : Rechute d'une orchio-épididymite.

Traité par ST₅₂ 1 comprimé par jour +
Cortancyl + Antibiothérapie.

Le malade est actuellement en vie et va bien.

o o

Il n'est pas possible de tirer des conclusions
de ces trois observations.

On notera cependant que HARRISON, THORN et
JENKINS, en employant pendant 1 à 3 mois des doses
faibles de cortisone (23 à 27 mg par jour), chez
des malades atteints de récidives de cancer prosta-
tique, n'ont pas observé de grande amélioration cli-
nique ni de régression néoplasique, mais ont noté
une impression de bien-être et un soulagement des
douleurs chez certains malades.

3/- La chimiothérapie.

Chez 3 malades, on associa à l'oestrothérapie
une chimiothérapie.

= Comme nous venons de le voir, dans l'observation
N° 12, le malade reçut ST₅₂ + Solupred + Endoxan.

La survie fut brève, 1 an, mais le cancer était
à un stade très avancé.

= Observation N° 27 : Mr. HE... Robert.

Troubles mictionnels intenses et cruralgies,
chez un homme de 64 ans.

Sédation totale des douleurs osseuses et mic-
tionnelles par les perfusions de ST₅₂.

3 ans après, devant l'extension des métastases
osseuses, on associe au ST₅₂, 100 mg/jour d'Endoxan.

Un an plus tard, apparition d'une insuffisance rénale et décès du malade.

L'autopsie montre :

- . un cancer de la prostate métastasé aux ganglions, poumons, os et surrénales ;
- . une néphrite chronique bilatérale.

= Observation N° 6 : Mr. ZU... Pietro.

Découverte d'un cancer de la prostate chez un homme de 77 ans.

Institution d'un traitement par les oestrogènes que malheureusement le malade arrêtera pour intolérance digestive.

2 ans $\frac{1}{2}$ après, métastases ganglionnaires et péritonéales. Est alors traité par ST₅₂ et 2 ampoules/jour de 5FU.

Le malade n'a jamais été revu depuis, dans le Service.

o o

Nous ne pouvons pas conclure de l'efficacité de ce traitement, vu le petit nombre de malade auxquels il a été administré.

4/- La radiothérapie.

Deux malades reçurent, en complément de l'oestrothérapie, une radiothérapie.

= Observation N° 26 : Mr. JA... Roger.

Découverte d'un cancer de la prostate avec multiples métastases osseuses, chez un homme de 54 ans.

Traité par Distilbène,

50 séances de radiothérapie.

Un an après : incontinence, imposant au malade une sonde à demeure.

Les radiographies montrent une extension des métastases osseuses.

Décès après 3 ans de survie.

= Observation N° 2 : Mr. FE... Jean.

Découverte d'un cancer de la prostate chez un homme de 58 ans, se plaignant depuis 8 ans de troubles mictionnels.

Traité par ST₅₂ : 3 comprimés/jour,
radiothérapie : 5.000 rads en
5 semaines.

Six mois plus tard, apparition d'une incontinence probablement séquellaire de la radiothérapie prostatique.

Actuellement, le problème prostatique semble stabilisé. Les troubles mictionnels sont peu importants. Pas de rétention. Les pertes d'urine sont très rares.

Recul un an et 7 mois.

o o

Ici encore, nous ne pouvons tirer de conclusions objectives.

Plusieurs auteurs, et parmi eux le Professeur ABOULKER, pensent qu'il serait légitime de prescrire beaucoup plus fréquemment un traitement par le cobalt. Le pourcentage de survie après 5 ans serait de 60 %. De plus, la radiothérapie est le seul traitement efficace contre les douleurs secondaires aux métastases osseuses et résistantes aux oestrogènes. On peut calmer la douleur et même assister à la normalisation de l'image radiographique par la radiothérapie à haute énergie. Les doses utilisées sont de 3.000 à 3.500 rads, données en 2 à 3 semaines. Mais la télécobaltothérapie n'est efficace que sur les métastases osseuses localisées.

II- LE TRAITEMENT CHIRURGICAL.

13 malades furent traités chirurgicalement.
Dans 11 cas, on associa un traitement hormonal d'oestrogènes.

. 9 malades furent opérés d'emblée sans essai préalable de traitement hormonal.

. 4 furent opérés pour essayer de corriger des troubles mictionnels ne cédant plus aux oestrogènes:

- 1 prostatectomie,
- 3 résections endoscopiques.

a)- Les résultats immédiats.

Dans 8 cas sur 13, c'est-à-dire 61 % des cas, les résultats sur les troubles mictionnels ont été satisfaisants.

b)- Les résultats lointains.

= 8 malades sont décédés :

1	après 9 mois d'évolution, soit	12,5 %.
1	" 1 an $\frac{1}{2}$ " , "	12,5 %.
1	" 2 ans " , "	12,5 %.
1	" 3 ans " , "	12,5 %.
1	" 4 ans " , "	12,5 %.
2	" 5 ans " , "	25 %.
1	" 11 ans " , "	12,5 %.

Etudions la cause de ces décès.

. 2 malades sont décédés des suites de leur cancer au bout de 3 et 5 ans.

. 3 malades sont décédés d'une affection intercurrente :

- 1 après 1 an $\frac{1}{2}$ d'évolution, de broncho-pneumonie ;
- 1 " 2 ans " , d'œdème aigu du poumon ;
- 1 " 4 ans " , d'abcès du poumon.

. On ne connaît pas la cause du décès chez les 3 derniers malades.

Ils moururent 9 mois, 5 ans et 11 ans après la découverte de leur cancer.

= 5 malades sont en vie :

Tous	sont	en	vie	après	1	an	d'évolution,	soit	100	%.	
4	"	"	"	"	2	ans	"	,	"	80	%.
3	"	"	"	"	3	ans	"	,	"	60	%.
2	"	"	"	"	5	ans	"	,	"	40	%.

Au total :

La durée moyenne de survie chez ce lot de 13 malades est au minimum de 3 ans et 3 mois.

53 % des malades étaient en vie après 3 ans d'évolution.

23 % étaient en vie après 5 ans d'évolution.

III- ABSTENTION THERAPEUTIQUE.

A titre de comparaison, nous allons étudier les durées de survie chez les malades n'ayant bénéficié d'aucun traitement spécifique du cancer prostatique.

= 5 malades, soit 10 %, ne furent pas traités.

Parmi ces 5 cas :

- 2 furent de découverte histologique à l'autopsie.

- 2 sont morts au bout de :

6 mois, d'insuffisance rénale ;
4 ans, d'hémorragie digestive.

Ces 2 malades moururent avec de multiples métastases et des troubles mictionnels très importants.

- Le dernier malade ne fut pas revu.

La durée moyenne de survie est de 2 ans et 3 mois au minimum.

- V -

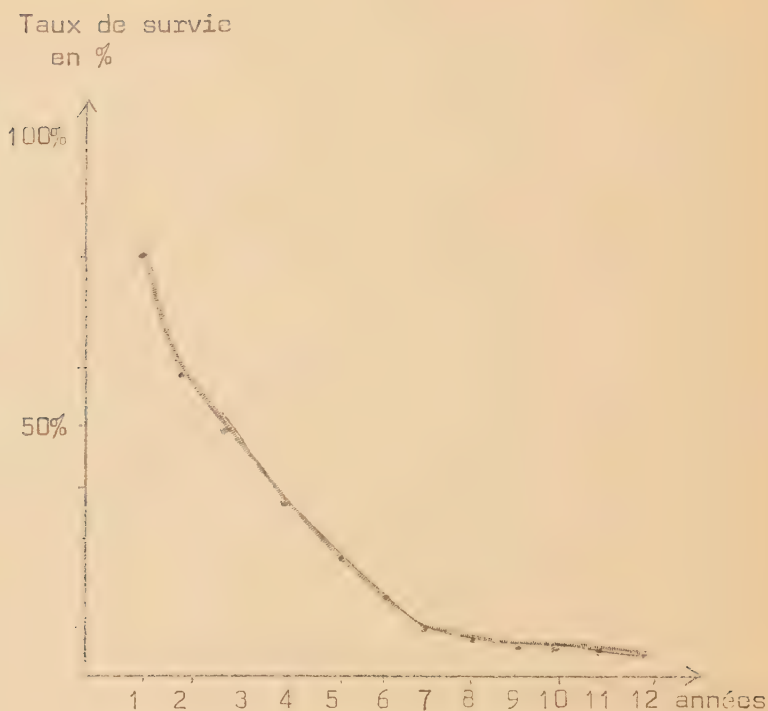
D I S C U S S I O N

Sur notre série de 57 malades, nous avons observé des survies de :

- 2 ans et 3 mois au minimum, chez les malades non traités ;
- 3 ans et 2 mois, chez les malades traités médicalement ;
- 3 ans et 3 mois, chez les malades ayant bénéficié d'une intervention chirurgicale en complément du traitement hormonal.

Taux de survie sur notre groupe de malades quel que soit le type de traitement utilisé :

Taux de survie après	1 an	:	80 %
	2 ans	:	60 %
	3 ans	:	48 %
	4 ans	:	36 %
	5 ans	:	24 %
	6 ans	:	18 %
	7 ans	:	12 %
	10 ans	:	8 %
	11 ans	:	6 %
	12 ans	:	4 %



LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Dans 61 % des cas, le traitement chirurgical a amélioré les troubles mictionnels.

53 % des malades étaient en vie après 3 ans d'évolution et 23 % après 5 ans.

Les résultats du traitement chirurgical sont meilleurs que ceux obtenus par un traitement médical strict, parce que les durées de survie au-delà de 3 ans sont de 53 % contre 42 %.

Et cependant, le traitement chirurgical semble être fortement délaissé au profit de l'oestrothérapie, puisque, dans cette série, 22 % seulement des malades ont subi une intervention chirurgicale et, parmi eux, un sur trois était opéré après échec du traitement hormonal.

On peut également s'étonner, devant les résultats de prostatectomies totales, pratiquées aux Etats-Unis, très satisfaisantes quant aux pourcentages de survie, que si peu de malades aient bénéficié de ce traitement :

65 %	de survie après	5 ans,
38 %	"	" 10 ans.

Mais les indications opératoires de prostatectomie totale ne s'adressent qu'à une minorité, tant l'extension des lésions et l'existence de métastases sont fréquentes.

De plus, il est très difficile de proposer à un homme qui vient consulter pour des troubles mictionnels mineurs ou à un homme qui se sent parfaitement normal, une intervention qui le laissera impuissant et peut-être incontinent.

Rappelons, en effet, les complications post-opératoires survenues chez les 31 malades de BELT :

- Mortalité	2 %
- Hémorragies	2,3 %
- Sténose uréthrale	4 %
- Incontinence temporaire	10 %
(4 mois à 1 an)	
- Incontinence totale	7 %

Enfin, l'existence de très longues survies observées avec un simple traitement hormonal explique pourquoi, en France, on rejette la "prostatectomie totale de principe", dans les cancers prostatiques.

Les interventions proposées n'auront pas comme objectif premier la suppression du cancer, suppression qui reste toujours hypothétique et au prix, rappelons-le, de graves complications post-opératoires, mais, auront comme but de soulager les troubles mictionnels, devenus rebelles aux oestrogènes, et éviter le retentissement sur le haut appareil et l'apparition d'une insuffisance rénale.

LE TRAITEMENT MEDICAL

- 68 % de nos malades furent traités par le seul traitement médical.

- 43 % étaient en vie après 3 ans d'évolution et 23 % après 5 ans.

- Dans 85 % des cas, les oestrogènes ont apporté une grande amélioration. Outre la diminution, voire la sédation des troubles mictionnels, ils ont permis aux malades alités de marcher à nouveau, car les oestrogènes et plus particulièrement les perfusions de ST₅₂, sont très efficaces sur les douleurs des métastases osseuses.

Les incidents secondaires de féminisation n'ont guère posé de problèmes psychologiques chez nos malades qui, rappelons-le, ont, dans 88 % des cas, plus de 60 ans.

Nous n'avons pas observé d'augmentation du risque d'accident cardio-vasculaire.

Pour insister sur l'importance des facteurs hormonaux dans le développement de ce cancer et justifier l'emploi si fréquent de l'hormonothérapie femelle, nous rapporterons deux de nos observations :

= Observations N° 26 et N° 53 :

Deux malades furent traités par les androgènes :

- L'un pour impuissance.

Un an plus tard, on découvrait un cancer de la prostate avec de multiples métastases.

- L'autre pour myélome.

On découvrait le cancer à l'autopsie, le malade étant décédé de septicémie après un an et demi de traitement par les androgènes.

On peut se demander si, dans ces deux cas, les androgènes ne sont pas partiellement responsables du développement du cancer.

Nous allons comparer notre série à deux autres séries de cancers prostatiques.

* La première porte sur 35 cancers prostatiques occultes, découverts sur pièce d'adénomectomie (série du Dr. BOCCAR-GIBOD).

La durée de survie a été étudiée en fonction, d'une part, du degré d'extension du cancer et, d'autre part, du traitement auquel les malades ont été soumis.

- Parmi les 18 patients porteurs de cancer étendu :

10 ont été soumis à un traitement oestrogénique (Diéthyl-Stilboestrol 5 à 25 mg/jour) ;

8 n'ont reçu aucune forme de traitement.

Dans un cas comme dans l'autre, la durée moyenne de survie sans signe d'évolutivité néoplasique est de 3 à 4 ans.

- Parmi les 17 patients porteurs de "micro-cancer" :

5 ont été soumis à un traitement oestrogénique ;

12 ne reçurent aucun traitement.

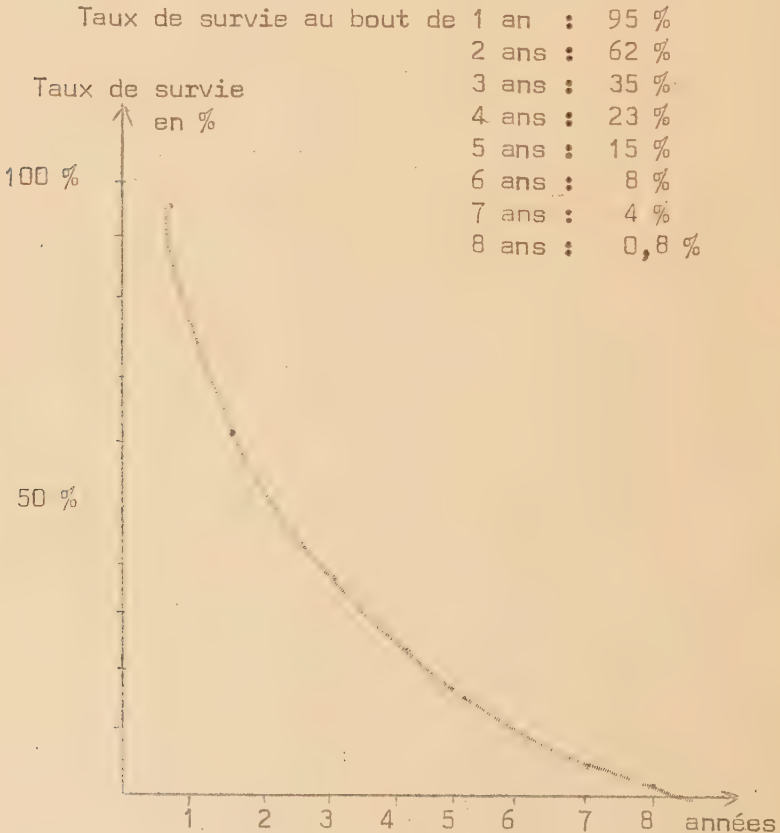
La durée moyenne de survie dans les deux groupes est globalement la même : 6 ans.

Cet auteur conclut à l'absence significative de différence de survie, tant en terme de durée qu'en terme de qualité, entre les deux groupes de malades, traités et non traités, et conseille l'abstention thérapeutique avec surveillance régulière.

* La deuxième série porte sur 85 malades atteints de cancer prostatique avec métastases osseuses (série de KUNTZ et RYCKEWAERT).

Il s'agit, dans ce cas, d'un échantillon de malades comparable au nôtre, puisque les patients sont âgés d'au moins 60 ans dans 76 % des cas, présentent des cancers à des stades relativement avancés et sont en tout cas porteurs de métastases osseuses.

Etude du taux de survie chez 85 malades atteints de cancer prostatique avec métastases osseuses et soumis à un traitement hormonal à fortes doses : 50 mg/jour de Distilbène :



- VI -

C O N C L U S I O N S

Nous avons étudié l'ensemble des cancers prostatiques hospitalisés dans un Service de Médecine interne.

Chez tous ces malades, l'abstention thérapeutique (qui a pu être conseillée par certains en cas de cancer sans symptômes, découvert systématiquement sur une pièce d'exérèse) ne pouvait être discutée, car ils présentaient tous des symptômes, soit locaux, soit généralement métastatiques (métastases osseuses). Ils ont tous été traités par des oestrogènes, complétés, dans un cas sur cinq, par une intervention chirurgicale palliative.

On ne peut qu'être frappé de la qualité et de la durée des survies obtenues, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'une pathologie frappant des sujets âgés, porteurs de maladies multiples (qui expliquent le décès dans au moins un cas sur deux), en sus de leur cancer.

Pour le cancer prostatique avec symptômes, du type de ceux que nous recevons, la constitution d'une série témoin non traitée dans un but scientifique eût été inacceptable sur le plan humain, et l'intensité de certaines douleurs qui auraient amené l'emploi d'antalgiques toxiques rend à peu près certain que la durée de la survie eût été diminuée.

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine
Cochin - Port-Royal,

Pr. DELBARRE

Le Président
de la thèse,
,
Pr. PEQUIGNOT

- VII -

B I B L I O G R A P H I E

MILLER et HINMANN - Cortisone dans le traitement des cancers de la prostate.- Le Journal d'Urologie, 1955.

COUVELAIRE, MOULONGUET, BARANGER - Place de la chirurgie dans le traitement du cancer de la prostate.- Journal d'Urologie, 1961.

CHAMPION Daniel - Quelques considérations sur la thérapeutique médico-hormonale du cancer de la prostate.- Thèse, 1962.

ABOULKER - Cancer de la prostate : diagnostic et traitement.- Presse Médicale, 1963.

DES ROSEAUX - Les différentes méthodes de traitement des douleurs osseuses dans le cancer de la prostate.- Thèse.

TRAVAIL du Service d'Urologie du C.H.U. de Dijon - Intérêt de la ponction-biopsie dans le diagnostic du cancer de la prostate.- Concours Médical, Mai 1970.

ABOULKER - Traitement du cancer de la prostate.- Immex, Novembre 1971.

BOCCAR-GIBOD, GALLIAN et FRANC - Les cancers prostatiques occultes découverts sur pièces d'adénomectomie.- Ann. d'Urologie, Novembre 1972.

KUNTZ et RYCKEWAERT - Etude du taux de survie des
cancers prostatiques avec métastases osseuses.-
Revue Française d'Etudes Cliniques et Biologi-
ques, 1969, 14, 609-613.
